



OPG – Operation Gesundheitswesen

Der gesundheitspolitische Infodienst

Auszug Ausgabe 24/2012, 05. September 2012

Seite 2	Nach dem Schlichterspruch: Es gibt noch viel zu schlichten Ärzte empört über Umgang und Ausgang der Honorarverhandlungen
Seite 11	Bahr beendet Streit um die Anpassung des Morbi-RSA Zwei Kassen-Lager trommeln auch mit Briefen für ihre Positionen
Seite 14	Welche Rolle spielen Re-Importeure künftig? Kohlpharma führt rätselhafte Preisverhandlungen zu Retigabin
Seite 16	Reale Gesundheitsausgaben in der OECD stagnieren 2010 Wirtschaftskrise bremst Gesundheitsbranche – Ausnahme: Deutschland
Seite 18	Hecken benotet hauseigenes Verfahren positiv Zwischenbilanz zur frühen Nutzenbewertung – Industrie erneuert Kritik
Seite 20	Aufsicht moniert illegale Praktiken von Krankenkassen Zum Tätigkeitsbericht 2011 des Bundesversicherungsamtes
Seite 24	Wieviel weniger ist mehr? Diskussion um Mengenbegrenzungen bei Operationen ohne Evidenz
	Interview
Seite 26	„Mengenfrage gehört auf die unterste Verhandlungsebene“ GKV-SV-Vorstand Johann Magnus von Stackelberg zu Operationszahlen
	Kurz gemeldet
Seite 32	AmPreiV: Auch Apotheker laufen Sturm
Seite 34	Impressum

OPG-Interview

„Mengenfrage gehört auf die unterste Verhandlungsebene“

GKV-SV-Vorstand Johann Magnus von Stackelberg zu Operationszahlen

Berlin (opg) – Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) vertritt die Interessen von 145 Krankenkassen (Stand März 2012). Die im GKV-SV unter einem Dach vereinten Kassen betreiben eine sehr unterschiedliche Unternehmenspolitik und stehen sich



als Konkurrenten im täglichen Nahkampf um den (freiwillig) Versicherten gegenüber. Ihr kleinster gemeinsamer Nenner im Spitzenverband heißt: „Kosten runter“. Ob Arzthonorare, Arzneimittelausgaben oder der Krankensektor. Alles steht für den GKV-SV systemimmanent auf dem Prüfstand der „Wirtschaftlichkeit“. Den Krankensektor hat der Kassenverband als größten

Kostentreiber im Gesundheitswesen adressiert. Ausgemacht wurden in den vergangenen Monaten: zu viele Betten, gezielte Falschabrechnungen, Patienten-Fangprämien, betriebswirtschaftliche Indikationen bei Operationen und eine „brutale Mengenentwicklung“. Letzteres Thema sei auf der politischen Agenda, sagt Johann Magnus von Stackelberg, der für den Verband auf der Kostenbremse steht im Interview mit der opg-Redaktion. Dem stationären Sektor steht demnach noch bevor, was im ambulanten Sektor längst Einzug gehalten hat: Mengenbegrenzungen.

opg: Sie werfen Krankenhausärzten ökonomisch motivierte Operationen vor, das ist im Grunde der Vorwurf der „Körperverletzung“, oder?

von Stackelberg: Jeder medizinische Eingriff ist Körperverletzung und muss darum auch gerechtfertigt sein. Insofern ist zu fragen: Warum steigen eigentlich die Mengen so stark? Ist das medizinisch indiziert oder gibt es demographische Gründe?

opg: Und was antworten Sie darauf?

von Stackelberg: Ich verweise auf zwei Studien, eine Untersuchung des RWI und die DRG-Begleitforschung. Beide betrachten den gleichen Zeitraum und beide kommen zu demselben Ergebnis: Die Mengensteigerungsrate beträgt im Jahresdurchschnitt ungefähr drei Prozent. Davon ist allerdings nur ein Prozent demographisch zu erklären, zwei Prozent Steigerungsrate bleiben offen. Das bedeutet, dass ein Großteil der Mengenausweitung ökonomisch indiziert ist. Angesichts der Vergütungssystematik ist das nicht überraschend.

opg: Warum?

von Stackelberg: Wenn ich Fälle vergüte, besteht immer ein Anreiz, mehr Fälle zu machen. Das gesamte Fallpauschalensystem kann man daher nicht ohne Mengensteuerung laufen lassen. Wir haben im ganzen Medizinbetrieb immer die Frage der Indikationsstellung bzw. der Indikationsausweitung und die spielt hierbei eine erhebliche Rolle.

opg: Überflüssige Operationen sollen mit Hilfe eines Zertifikate-Systems wie beim Emissionshandel vermieden und so Kosten besser gesteuert werden. Sie prüfen dieses System gerade. Wie soll das funktionieren?

von Stackelberg: Man würde entweder kollektivvertraglich auf Ebene der gesamten Bundesrepublik oder aber über Einzelverträge in den Ländern einen jährlichen Mengenanstieg – um im Beispiel zu bleiben – von einem Prozent verhandeln. Unter diesen Rahmenbedingungen wird es dann Krankenhäuser geben, die ihr Mengenkontingent nicht ausschöpfen. Denen würde man erlauben, ihre nicht genutzten Mengenoptionen an andere Kliniken zu verkaufen.

opg: Können Sie ein Beispiel nennen?

von Stackelberg: Stellen Sie sich zwei Krankenhäuser in einer Region vor. An einem arbeitet ein besonders guter Arzt, der bisher sehr viele Patienten behandelt hat. Wechselt dieser besonders gute Arzt zur Nachbarklinik und sein Nachfolger kann quantitativ nicht in seine Fußstapfen treten, dann hat diese Klinik eine zu hohe Mengenoption. In solch einem Fall könnte das neue Krankenhaus, zu dem der besonders gute Arzt gewechselt ist, dem anderen die offenen Mengenoptionen abkaufen. Das ist die Grundvorstellung. Dieses System ist von Kassenpraktikern aus dem Rheinland ins Gespräch gebracht worden, die dort Verhandlungen mit den Krankenhäusern führen. Von den Vorschlägen, die RWI geprüft hat, um das Mengenproblem in den Griff zu bekommen, war er für mich der einzige innovative.

opg: Wie ist er in der Kassenszene angekommen?

von Stackelberg: Unterschiedlich. Es hat in der Diskussion mit den Kassen auch viele Skeptiker gegeben. Dennoch halte ich es für selbstverständlich, einen innovativen Vorschlag zu prüfen.

Es ist kein Vorschlag des Spitzenverbandes, darauf lege ich großen Wert. Es ist ein Vorschlag, den wir gemeinsam mit unseren Experten prüfen werden – obwohl einige unserer Mitglieder wie gesagt sehr skeptisch sind.

opg: Das Konzept läuft darauf hinaus, dass ein Krankenhaus damit Geld verdient, dass es nicht operiert.

von Stackelberg: Ja, so etwas muss man prüfen. Im Extremfall ist sogar zu fragen, ob ein Krankenhaus sich ausschließlich durch den Handel mit Zertifikaten finanzieren kann. Aber was macht eigentlich heute ein privates Krankenhaus, wenn es ein anderes Haus übernimmt? In vielen Fällen läuft es darauf hinaus, dass es eine Lizenz zum Kassenabrechnen kauft. Wir haben also den Lizenzhandel schon längst. Jetzt geht es allerdings um die Lizenz zum Mengenabrechnen.

opg: Ein Vorschlag der DKG ist es, Zweitgutachter bei elektiven Eingriffen obligatorisch einzusetzen. Wenn der MDK das übernimmt, bestimmten im wörtlichen Sinne Kassenärzte, ob es eine neue Hüfte gibt oder nicht. Dann werden Sie mit der Frage nach Rationalisierung – je nach Lesart könnte man auch von Rationierung sprechen – konfrontiert.

von Stackelberg: Wir suchen ein System, das sich selbst steuert. Das Prinzip der Zweitgutachter kann man verbindlich bei ganz seltenen und teuren Operationen vorsehen. Aktuelles Beispiel ist die Transplantationsmedizin, wo dieses Verfahren jetzt diskutiert wird. Ob Mehraugenprinzip oder Zweitgutachterverfahren, wir Kassen haben damit sehr gemischte Erfahrungen gemacht. Ich würde es als Steuerungsprinzip daher immer hinterfragen und auf keinen Fall für Massenleistungen einsetzen wollen. Wir suchen einen Steuerungsmechanismus, bei dem solche Mengenfragen selbstständig geklärt werden. Grundsätzlich kann eine Indikationsausweitung ja auch sehr sinnvoll sein. Wir sehen beispielsweise, dass der Graue Star heute häufiger operiert wird als früher, weil die älteren Herrschaften länger Auto fahren wollen. Somit ist nicht jede Indikationsausweitung gleich unsinnig, muss aber dennoch hinterfragt werden.

opg: Wo verläuft die Grenze zwischen medizinisch notwendig und Komfort beziehungsweise Luxus? Wer legt das fest? Gibt es Kriterien für Schmerzgrenzen speziell bei elektiven Eingriffen oder für die Einschränkung von Mobilität? Zum Beispiel, wer auf einer Schmerzskala einen gewissen Wert erreicht, darf operiert werden?

von Stackelberg: Es ist Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, sich darüber Gedanken zu machen, wie man das beschreiben kann – auch beispielsweise die Kriterien für eine Operation des Grauen Stars festzulegen. Denn hier kommt die Sicht der Leistungserbringer, die der Krankenkassen und die der Patientenvertreter zusammen.

opg: Das steht aber nicht auf der Tagesordnung des G-BA, oder?

von Stackelberg: Doch, bei neuen ambulanten Leistungen, die ja explizit zugelassen werden müssen, um in den GKV-Leistungskatalog zu gelangen, stehen solche Fragen immer auf der Tagesordnung.

opg: Aber bezogen auf elektive Eingriffe?

von Stackelberg: Sie wissen, dass im Krankenhaus die Herausnahme der stationären Leistungen erschwert worden ist. Ja, das ist eine Riesenaufgabe, Sie beschreiben jetzt das ganze Medizinfeld. Im Prinzip sollte bei dieser Frage der gesellschaftliche Konsens sehr stark einfließen.

opg: Was spricht für „selektives Kontrahieren“ bei Krankenhausleistungen?

von Stackelberg: Sehr viel! Nehmen Sie eine Hüft-OP in der Region Essen: In einem Umkreis von 50 Kilometern erbringen 102 Krankenhäuser diese Leistung. Zu fragen ist, ob man nicht als Kasse seine Patienten auf weniger als 102 Häuser konzentriert und dafür günstigere Bedingungen aushandelt. Das ist ein Win-Win-Spiel für alle: für den Patienten, das Krankenhaus und die Krankenkasse. Was spricht eigentlich dagegen?

opg:... das wäre jetzt die nächste Frage gewesen.

von Stackelberg: Als ob man in Deutschland wettbewerbliche Ansätze verteidigen müsste! Gegenfrage: Hat sich denn die bisherige Krankenhausplanung und -steuerung bewährt? Aus meiner Sicht ist die sehr hinterfragbar. Wenn eine Krankenkasse direkt mit einem Krankenhaus verhandelt, hätte man die Mengenfragen auf die unterste Ebene der Akteure verlegt und da gehören sie auch hin.

opg: Und dagegen spricht aus Ihrer Sicht gar nichts?

von Stackelberg: Bei Elektivverträgen sehe ich kein durchschlagendes Gegenargument.

opg: Einkaufsmacht?

von Stackelberg: Bei 150 Krankenkassen – da wäre ich sehr vorsichtig.

opg: ...und bei der Anzahl von Patienten, die man in einer Region vorweisen kann?

von Stackelberg: Das wird auch hochgespielt.

opg: Dumpingpreise?

von Stackelberg: Das sehe ich nicht so.

opg: Der GKV-Spitzenverband beklagt, dass sich die Länder aus der Investitionsverantwortung stehlen. Wie sieht die Krankenhausfinanzierung nach Ihren Vorstellungen in Zukunft aus?

von Stackelberg: Für mich ist es empörend, dass die Länder bei der Planung mitreden wollen, sich aber zunehmend vor ihren finanziellen Verpflichtungen im Krankenhausbereich drücken. Ursprünglich wurde deren Mitsprache damit begründet, dass sie die notwendigen finanziellen Mittel zur Verfügung stellen. Tatsächlich sind wir heute davon überall weit entfernt. Zugegeben zwischen einzelnen Bundesländern gibt es erkennbare Unterschiede, zum Beispiel wird in Bayern offensichtlich mehr Geld in Krankenhäuser investiert als in anderen Ländern. Für uns wäre es jedoch unverantwortlich, wenn sich der allgemeine Trend der letzten Jahre fortsetzt. In diesem Fall könnte man sich ausrechnen, dass die Länder ab dem Jahr 2020 gar kein Geld mehr für die Investition der Kliniken zur Verfügung stellen. Immer weniger zu finanzieren und dennoch weiterhin mitreden zu wollen, das passt nicht zusammen.

opg: Was schlagen Sie stattdessen vor?

von Stackelberg: Wir werden jetzt nicht automatisch auf Monistik umstellen wollen. Für mich wäre es aber ein sehr konsistentes System, wenn wir bei elektiven Verträgen langsam den Tatsachen Rechnung tragen. Bei dem System des elektiven Verhandels bekämen die Länder eine Verbraucherschutzfunktion, denn es wäre für jeden unerträglich, wenn eine Kasse zum Beispiel nicht die notwendigen Krankenhauskapazitäten für Aidskranke verhandelt. Eine Aufsicht muss anhand festgelegter Kriterien überwachen, dass für die Kranken tatsächlich die entsprechenden Kapazitäten und Verträge geschlossen werden. Also anstelle der staatlichen Planung ein staatlicher Verbraucherschutz – ich übertreibe jetzt, aber diesen Aspekt zu betonen, kann ich mir persönlich sehr gut vorstellen. Ich halte diesen Vorschlag unserem System angemessen und es betrübt mich sehr, dass die DKG ihn so sehr verteufelt.

opg: Die Mitsprache der Länder an Investitionsverpflichtungen zu knüpfen, ist ein interessanter Aspekt, aber finden Sie dafür politische Mehrheiten?

von Stackelberg: Nein, leider nicht, weil die Länder sich herausziehen und den Bund immer wieder über den Bundesrat unter Druck setzen.

opg: Immer wieder gefordert wird eine Bezahlung nach Qualität – wie soll das gehen, wenn Qualität bis heute einfach noch gar nicht messbar ist?

von Stackelberg: Bestimmte Aspekte haben wir ja bereits implementiert, zum Beispiel mit der Wiederaufnahmeregelung im Krankenhaus. Das verkaufen die Amerikaner, wenn ich die Literatur richtig sehe, als „p for q“. Ich halte das Prinzip grundsätzlich für vernünftig,

denn für schlechte Qualität zahlen zu müssen, ist herausgeworfenes Geld. Aber viel schlimmer ist es für die Patienten, wenn sie schlechter behandelt werden. Wenn man aber Qualität als Mindestanspruch definiert, dann ist damit auch immer die Frage verbunden, ob man in der Lage ist, Qualitätsbestandteile zu identifizieren, die anderen vorenthalten werden können. Wir haben für die Qualitätssicherung in den Krankenhäusern derzeit 261 Qualitätsindikatoren, die sollte man dafür nutzen. Die zentrale Herausforderung ist dann natürlich die praktische Umsetzung. In der Praxis runzele ich darüber genauso die Stirn wie Sie.

opg: Lässt sich über Qualitätskriterien, Stichwort Mindestmengen und Zentrenbildung, die Menge steuern?

von Stackelberg: Ja, wenn man an Brustkrebszentren oder die Versorgung von Frühgeborenen denkt. Dennoch sehe ich bei Mindestmengen nicht die Mengensteuerung im Vordergrund, sondern betrachte sie als Minimum der Expertise, das zu verlangen ist. Wir streiten uns über Mindestmengen von 50 und 25 – letzteres bedeutet einen Eingriff alle 14 Tage. Bei gewissen Eingriffen möchte ich als Patient eine Expertise und will zumindest wissen, ob der Arzt darüber verfügt oder ob ich wissentlich und willentlich in ein anderes Zentrum gehen kann.

opg: Das Mengenproblem haben Sie klar adressiert, in den Medien hat es einen entsprechenden Niederschlag gefunden und es steht auf der politischen Tagesordnung. Wie sieht der zeitliche Fahrplan jetzt aus?

von Stackelberg: Im Psych-Entgeltgesetz wurde der Mehrleistungsabschlag für die nächsten zwei Jahre verlängert. Exakt während dieses Zeitraumes sollen die Selbstverwaltungspartner, die DKG und der GKV-Spitzenverband, ein wissenschaftliches Gutachten zur Mengenproblematik beauftragen. Wenn der Abschlag in zwei Jahren ausläuft, hat die neue Bundesregierung die Aufgabe, diesen entweder erneut zu verlängern oder ein neues Mengensteuerungsinstrument zu implementieren. Das ist die Idee, die der Gesetzgeber dabei hatte und die ich für sehr nachvollziehbar halte.

opg: Wer soll denn das Gutachten erstellen?

von Stackelberg: Darüber haben wir uns nicht unterhalten.

opg: Und wann soll der Auftrag erteilt werden?

von Stackelberg: Das Gesetz sieht das noch in diesem Jahr vor.

opg: Herr von Stackelberg, wir danken Ihnen für das Gespräch!

[zurück zum Inhalt](#)

Impressum

OPG - Operation Gesundheitswesen, ISSN 1860-8434; Herausgeberin: Lisa Braun
Redaktion Presseagentur Gesundheit: Lisa Braun (verantwortlich), Ute Burtke, Michael Pross;
Albrechtstraße 11, 10117 Berlin, Telefon: 030 - 318 649 - 20, Fax: 030 - 318 649 - 49,
E-Mail: news@pa-gesundheit.de, Web: www.pa-gesundheit.de.

Alle Texte sind urheberrechtlich geschützt. © OPG 2012. Es gelten ausschließlich die vertraglich vereinbarten Geschäfts- und Nutzungsbedingungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

[zurück zum Inhalt](#)